

[文章编号]1009-3729(2011)03-0043-06

# 韩国医药分离改革的经验及其对我国的启示

代志明

(郑州轻工业学院 社会发展研究中心, 河南 郑州 450002)

**[摘要]**1990年代末,中韩两国几乎同时启动了旨在解决日益上涨的医药费用问题的医药分离改革计划,我国医药分离改革至今仍踟躇不前,而韩国医药分离改革总体上取得了成功。韩国的激进式制度变迁模式、确保医生合理的利益诉求、正确认识医药分离的作用、充分发挥公众的作用、以关键人物为引擎等医药分离改革经验,值得我国研究、学习与借鉴。

**[关键词]**韩国;医药分离改革;激进式改革

**[中图分类号]**C913.4;R197 **[文献标志码]**A

在我国大力推进医药分离制度改革的进程中,学界往往把更多的目光投向了西方国家在医药分离改革方面取得的成功经验,而对韩国等东亚国家和地区的医药分离改革情况关注较少。由于西方国家在经济发展水平、历史文化传统以及医疗保障制度演进过程等方面与我国差异过大,其经验对于我国的医药分离改革不太适用。因此,我们应更多地关注与我国同属东亚国家的韩国的医药分离改革情况。本文拟就此作一些初步探讨。

## 一、韩国医药分离改革的背景

### 1. “以药养医”问题严重

韩国作为新兴工业国虽然在1989年7月实行了全民社会健康保险制度,但受东方医学传统的影响曾长期沿用医生和药剂师一体化的医疗服务模式。另外,由于韩国的公共财政用于医疗保健方面的投入只占该国总医疗支出的60%,再加上韩国的私营医疗机构在医疗服务市场上占主导地位,结果导致韩国“以药养医”的问题十分严重。据统计,医生诊所内科医生的收入有50%来自药品,皮肤科及儿科等专科诊所的药品收入占其总收入的40%以

上;三级医院和综合性医院的药品收入分别占总收入的43.7%和45.4%。<sup>[1](P117)</sup>由于医生和药剂师大多具有过度用药的经济动机,韩国比其他发达国家消费了更多的药品。据统计,韩国的药品支出占该国医疗费用支出的31%,而同期OCED国家的平均水平则为20%。<sup>[1](P118)</sup>面对如此严峻的形势,韩国政府不得不通过改革当时的“以药养医”政策来控制该国迅速膨胀的医药费用。

### 2. “生产型”社会福利模式难以适应公众的需要

在实施医药分离改革前夕,韩国正处于社会转型期,尽管社会医疗保险制度实现了覆盖全体国民的目标,但韩国在社会保障发展问题上实行的是“生产型”社会福利模式(其最大特点是:政府将社会保障项目作为经济、政治和社会发展整体工程的一部分,并倾向于社会政策从属于经济政策<sup>[2]</sup>),导致韩国的医疗保健行业供方的道德风险问题较为突出。同时,随着韩国经济的快速增长和社会结构的急剧变化,再加上劳动人口大量从农村迁往城市(从事农业的人口比重1980—1990年间从34.0%下降到17.9%),韩国传统的生活方式和共同

[收稿日期]2011-03-11

[基金项目]教育部人文社会科学研究青年基金项目(10YJC630036);2010年度河南省政府决策研究招标课题(E401);河南省人文社会科学重点研究基地资助项目(2010-JD-006)

[作者简介]代志明(1974—),男,河南省永城市人,郑州轻工业学院研究员,博士,主要研究方向:医疗保障、卫生经济与管理。

体理念迅速瓦解。随着社会流动性的加剧和社会结构的商业化,各种社会风险迅速增大,并成为韩国经济、社会快速发展中潜在的不稳定因素。出于维护政府合法性的需要,推进社会保障由“生产型”社会福利模式向“发展型”社会福利模式的转变成韩国政府迫切需要解决的问题,而实施医药分离改革以解决日益严重的“以药养医”问题,则是韩国的社会福利模式转变的具体体现之一。

### 3. 韩国政策制定过程的民主化推进为医药分离改革提供了契机

在进行医药分离改革前,韩国政府很早就意识到医药不分带来的“以药养医”问题的严重性,但是由于医生和药剂师等利益集团的强烈反对,再加上韩国当时的政治民主化还不成熟,韩国政府迟迟没有实施医药分离改革。1998年,被誉为韩国民主斗士的象征和“亚洲的曼德拉”的金大中当选总统,大大加速了韩国的政治和社会民主化进程。同时,韩国政府和公共政策制定过程的民主化以及积极参与政策制定过程的市民团体的出现,为该国实施医药分离改革提供了契机。<sup>[1](P119)</sup>

## 二、韩国医药分离改革的内容

韩国的医药分离改革始于1994年金泳三总统执政时通过的法律,根据该法律,1999年7月实行医药分离,为此成立了“医药分离推进协议会”。这个协议会包括医生、药剂师和消费者团体的代表。但是,由于各方的利益诉求不同,协议会虽然召开了多次会议仍没有达成共识,韩国政府不得不将医药分离的时间推迟。2000年7月1日,韩国政府决定推行医药分离改革,以解决由于医药不分带来的药品支出过快问题,其改革内容主要有以下5点。

### 1. 实施药品分类改革

从卫生经济学的角度讲,在医药分离体制下,医生与药剂师之间存在一定的职业角色重叠和利益冲突问题。医生支持将更多的药品纳入处方药,而药剂师想让更多的药品归入非处方药。非处方药的增加可以节约消费者的时间和金钱,当药品分类使治疗药物可以自由获得时,药剂师的作用似乎得到了加强。为了维护自身的利益,医生们也强烈坚持应允许便利店销售某些非处方药,他们认为这可以降低药剂师在药品消费中的影响力。鉴于药品的科学分类是确保医药分离改革的关键因素之一,韩国政府在这次医药分离改革中对处方药和非处方药进行了重新界定。2000年底,韩国有61.5%

的药品(17 187项)被归入处方药,38.5%(10 775项)的药品被归入非处方药。另外,为了防止专利药处方给患者增加不必要的负担,韩国政府规定,医生既可以开非专利药,也可以开专利药,在非专利药品的疗效通过生物等效性测试后,药剂师可以用非专利药替代专利药,其目的是遏制医生通过多开专利药进而从专利药制造商那里索取回扣。

### 2. 改革药品定价机制

在实施医药分离制度初期,韩国规定纳入国家医疗保险报销目录的新药的价格定在美国和英国等7个西方发达国家的平均水平上,其具体的定价公式是:创新性新药的价格等于平均制造成本(定价的65%)加上增值税和经销商的利润;而非创新药品的价格等于类似国产药或与前述7国相同或类似药物的平均价格。上述定价机制虽然执行起来较为简便,但也存在明显的缺陷,即很难从药品的疗效、低价等方面区分创新药与非创新药;同时,这一定价机制往往导致药价定得过高,因为药价的制定依据是富裕国家的挂牌价格而不是实际价格,因此2000年韩国实施医药分离改革之后,该国的药品支出还在继续快速增长。为了控制药品支出,韩国政府于2006年5月决定引进价格谈判制度,其主要做法是:韩国国家医疗保险公司作为买家,与药品制造商就药价进行讨价还价,而不是依据原定的公式定价。在议价过程中,韩国国家医疗保险公司会综合考虑市场的规模、药品的替代性等因素对医疗保险的影响,同时还会考虑已消费的或即将消费的药品量。当某种药品被列入国家医疗保险公司的采购表,该药品制造商需要及时呈报他们的预计销量。如果药品实际销量远大于预计销量,该药品的制造商则被要求降低该药品的销售价格。另外,在新的定价方案下,药品一旦专利到期,就会以非专利药身份进入市场,其价格会降到以前水平的80%。第1类非专利药价格设定在之前原创药价格的85%或68%,第2—5类非专利药的价格设定在第1类非专利药价格的85%。总之,新药品定价机制的实行强化了韩国国家医疗保险公司在医药政策方面的主导作用。

### 3. 关闭医院门诊药房

一般来说,出于历史文化传统和便利性等方面的考虑,如果门诊病人可以选择在医院门诊药房或零售药房配药,他们中的多数会选择前者,因为那样更方便一些,而且零售药房是否有处方药也不确定。这样一来,医疗卫生系统中的扭曲状况就会进

一步恶化,也给医生诱导患者的需求行为提供了可乘之机。为彻底解决医药不分问题,韩国政府要求所有医疗机构的门诊药房必须按期关闭。同时,作为对医生关闭门诊药房的补偿措施,韩国政府规定医生可收取处方费(2001年废止)。为抵制政府的医药分离行为,韩国医学协会为政府关闭医院门诊药房的行为进行了攻势强大的游说。同时,医院门诊药房问题第一次使此前曾是盟友的韩国医学协会与医院协会之间产生了冲突。另外,韩国政府对部分门诊使用的可注射药物也实施了医药分离改革。

#### 4. 启用肯定列表制度和经济评估机制

在实施医药分离改革前,韩国医疗保险的药品报销范围基于否定列表制度,结果导致可以报销的药物太多。据统计,截至2006年1月,已报销的药物已达21 740种。为了控制药品支出,韩国政府决定引入报销药品的肯定列表制度,用经济评估的方式确定哪些药物可以由医疗保险予以报销。为了进入报销列表,药品制造商需要向国家医疗保险机构呈报经济评估数据。由于上述制度的实施强化了制药企业之间的竞争,出于维护自身利益的考虑,许多制药企业指责肯定列表制度的推行为单一买家(国家医疗保险)滥用市场提供了可能。甚至一些韩国制药商担心,那些没有进入报销列表的药物将不得不退出市场,而且这项新政策的实施使许多药品面临着被报销列表除名的威胁,因而可能会被用来迫使药品降价。而跨国制药商认为,基于经济评估的肯定列表制度的实施将对韩国创新药物的发展和引进产生严重的负面影响,因为这一政策仅有利于韩国引进国外价格相对便宜但治疗效果不佳的药物。

#### 5. 实施基于DRG的支付制度改革计划

在实施医药分离改革前,韩国的医疗保障体系对医疗机构的补偿大多实行按服务项目补偿制度,结果导致韩国的医疗服务市场上的供方诱导需求问题比较严重。为了扭转这一困局,在2000年的医药分离改革中,韩国政府计划将基于诊断关联群

(DRG)的支付制度推广至所有的医疗机构。在该计划被实施前,政府针对基于DRG的支付制度进行了医疗服务机构提供者自愿参加的试点工作,结果发现该支付制度在缩小医疗服务成本和提高服务质量方面显示出积极的效果,因此该项制度被计划推广至提供选定的诊断服务的所有医疗卫生人员和机构。但是,该项计划的实施遭到了医生的极力反对。反对药品改革的罢工增加了医生的政治谈判能力,从而使得他们主导了支付制度改革的过程,最终医生成功地推翻了政府试图把基于DRG的支付制度推广至所有医疗机构的计划。

### 三、韩国医药分离改革的效果

韩国自2000年7月实施医药分离改革以来曾出现一些问题,如实行医药分离改革后的第1年韩国的医疗保险出现严重赤字而濒临破产。韩国保健福利部2001年3月中旬发表的统计显示,“韩国的医疗保险赤字自2000年11月份以来急剧增加,至3月中旬已经达到3.9万亿韩元(约合30亿美元)。但这种局面很快得到逆转,按照综合对策提出的目标,估计到2005年方可实现基本收支平衡”<sup>[3]</sup>。另外,韩国的医药分离改革由于触动了以医生为代表的医疗服务提供者的利益,因而遭到韩国医生和药剂师的多次罢工威胁。

尽管韩国的医药分离改革在改革初期遇到许多问题,但是韩国政府在治理“以药养医”及遏止医疗服务费用支出增长过快方面还是取得了显著成效。根据韩国卫生和社会事务研究所2002年的有关报告,韩国的医药分离改革对该国的药品使用产生了显著影响(见表1<sup>[4]</sup>)。“总的来看,韩国的医药分离改革是成功的,带来了一些利益,尽管比预期的要少”<sup>[1](P142)</sup>。

### 四、韩国医药分离改革对我国医药分离改革的启示

中韩两国尽管社会制度不同,但是由于两国的历史与文化极为相似,并且在医疗保障体制改革方

表1 韩国实施医药分离改革后医生处方行为的变化

考察时间	处方索 赔率/%	每件索赔中处方 使用天数/天	每一处方 药品数量	有抗生素的处方 索赔率/%	高价药 比率/%
2000年1月	95.15	5.05	6.18	57.72	29.80
2001年1月	92.99	6.18	5.70	51.47	37.48
2003年1月	92.64	7.54	5.58	45.06	38.54

面临着许多相同的问题,因此,与西方国家相比,有借鉴意义。概括起来讲,韩国的医药分离改革在以下几方面值得我们借鉴与反思。

### 1. 激进式制度变迁模式是医药分离改革成功的决定性因素

1998年,上任伊始的韩国总统金大中遭遇亚洲金融危机的严峻考验,韩国经济一度陷入困境。面对危机,金大中果断地对包括医药卫生政策在内的韩国的社会、经济政策进行了激进式改革。这种激进式改革以终极预期目标为参照系数,采取迅速而果断、一步到位安排预期制度的方式,“破”与“立”同时进行。<sup>[5]</sup>这种激进式改革具有以下优点:一是减少不必要的争论;二是减少变迁成本累积的风险;三是急需的核心制度能较快到位。韩国的医药分离制度改革历程充分体现了上述优点,如从该国2000年7月1日提出改革方案到2000年8月在全国范围内正式实施医药分离制度仅用了1个月的时间,效率之高世界罕见。另外,为了确保改革的顺利开展,韩国政府规定,对于不执行医药分离制度的医院和医生,将依法暂停、取消医疗资格,甚至处以1年以下有期徒刑。虽然在强力推行医药分离制度的过程中,韩国一度出现了个别医院的工作人员罢工、罢医的现象,但最终韩国政府还是将医药分离制度推行开来,使公众从药价下降中深深受益。<sup>[6]</sup>可以说,韩国的医疗改革之所以取得成功,很大程度上得益于采取了激进式的制度变迁模式,因为既得利益集团是改革的最大阻力,如果不加快推进改革,利益格局一旦固化和膨胀,就会形成巨大的社会钳制力<sup>[7]</sup>,从而导致改革难以推行。韩国政府医药分离改革的经验告诉我们,“实行医药分离制度是原则问题,是大势所趋,不可动摇,有待完善的地方应在今后的实施过程中逐步完善,而不能等待什么都完善了才实行”<sup>[8]</sup>。

我国早在2000年由国务院体改办牵头并起草的《关于城镇医疗卫生体制改革的指导意见》中已经提出实行医药分离改革,从而开启了我国渐进式医药分离改革的进程。反观中国10年来的医药分离改革历程,不难发现它如同一次历经10年的长征,为了在困难中继续前行不止一次作战略调整,尽管每次的调整在当时看来都具有一定的合理性,但殊不知,我们的医药分离改革方案在一次次的调整中已成“打了许多补丁的新衣服”,让人看不出个究竟来。从历史学的视角来看,我们的医药分离改革一不小心掉进了所谓的“钱穆制度陷阱”——“一

个制度出了毛病,再定一个制度来防止它。相沿日久,一天天地繁密化,于是有些变成了病上加病。越来越繁密的制度积累,往往造成前后矛盾。这样,制度越繁密越容易生歧义,越容易出漏洞,越容易失去效率”<sup>[9]</sup>。为了让中国的医药分离改革进程跳出“钱穆制度陷阱”,从制度经济学的角度来讲,必须摆脱对以往在中国的宏观经济改革进程中惯用的渐进式改革思维定势的依赖,因为尽管这种改革思路的优点是显而易见的,但其缺点也是致命的:一是这种“摸着石头过河”、“先试点后推广”的改革思路缺乏系统设计,容易错过改革的最佳时机;二是容易出现经济学上所说的“合成的谬误”。而以上两点在我国的医药分离改革进程中体现得尤为典型,主要表现为在医药分离改革进程中“医药分离改革试点”泛滥,结果使得我国的医药分离改革往往因为患上了“试点病”而被挤入“钱穆制度陷阱”无法自拔。“从总体上讲,改革是不成功的”是对我国长期坚持渐进式医药分离改革思路失败的总结。<sup>[10]</sup>

### 2. 确保医生合理的利益诉求是医药分离改革成功的前提

医生是一切医疗费用的策源地,因此约束医生行为是解决医疗费用过高问题的关键。<sup>[11]</sup>显然,韩国医药分离政策的实施使得医生阶层的利益受到损害,因此该项政策在实施过程中必然受到医生的阻挠与冲击。为了化解这一难题,韩国政府在实行医药分离改革过程中增加了一些旨在保护医生阶层利益的措施来缓解医生对医药分离改革的抵触:对医生增加了“处方费”这一项目(2001年取消);大幅度地增加了医疗费并承诺逐步提高,如从2001年7月至2005年1月,医疗费提高5次,比改革前提高了44%;同时规定社会零售药房只能销售非处方药和由医师开具处方的处方药,不能销售没有医师处方的处方药,并规定药房不能再给病人看病,因此医院处方数量大增。这些措施在一定程度上弥补了实施医药分离给医生带来的经济损失。

任何改革的本质都是一种利益的再分配,不解决利益分配问题便无法推进医疗体制改革。<sup>[12]</sup>因此,要解决我国当前的“以药养医”问题、切断医生与药品的经济利益关系而又不影响多年来已经形成的医疗机构的补偿水平,就必须给予医生适当的利益补偿,激发医生在医疗费用控制方面的积极性。来自韩国的经验表明,即使在已经实施医药分离的国家,医生在药品选择中仍然发挥着关键作

用。我国是世界上不合理用药最严重的国家之一,一个重要的原因就是药品回扣泛滥,其根源之一是医生的劳务技术价值长期偏低,由于不能通过合法的收入实现自我价值,很多医生通过开大处方和牟取药品回扣得到补偿,由此造成的国家资产流失每年高达7.7亿元。<sup>[13]</sup>因此,为了控制医疗费用上升过快的趋势,在实施医药分离改革的同时,必须对医生实施适度的财政补贴制度,否则政府会陷入医疗经济学中所谓“打鼹鼠效应”的怪圈:如果仅仅简单地抑制某些部门(如住院部)医疗费用的增长率,结果可能导致其他部门(如门诊部)医疗费用的急速增长;如果再敲打门诊部,又会引起护理机构医疗费的高涨……这样一来,就像打鼹鼠游戏一样,按下一个另一个又冒出来,这种状态持续下去,无法带来效率的提高。<sup>[14](P13)</sup>许多国家在控制医疗费用方面的实践证明上述问题的存在。因此,在我国的医药分离改革进程中必须使医生阶层合理的利益诉求得到保障。例如,政府可以考虑对所有零售药房包括从门诊中分离出来的零售药房增加税收,用于补偿医院;医院也可向药店收取房租,用于医院的发展;更重要的是提高医疗服务价格。据测算,当前我国医疗服务价格的总水平提高20%左右,就可弥补因实施医药分离改革给医生阶层带来的损失。总之,确保医生合理的利益诉求是医药分离改革成功的前提之一。

### 3. 正确认识医药分离的作用是医药分离改革成功的关键

关于医药是否应该分离的问题,当前学界存在较大分歧。如斯坦福大学的翁笙和曾指出,从概念上讲,医药分离还是医药合一难以判断孰优孰劣,因为医药合一能够减少与病人看病相关的成本,但同时增大了供方诱导需求的可能;而医药分离提供了诊疗方与治疗方之间的监督,但是加大了与病人看病相关的成本。<sup>[1](P140)</sup>而哈佛大学的萧庆伦认为,在控制成本方面,把供方作为管制对象(例如实行医药分离)的做法更为有效,成功的可能性更高。<sup>[14](P165)</sup>韩国的医药分离改革实践佐证了萧庆伦的观点,即医药分离是降低医药费用特别是降低药物滥用的正确方向,而韩国媒体也普遍认为韩国现在已经不可能取消这一做法而回到老路上去。

与韩国实施医药分离改革前的状况一样,当前我国面临着十分严重的医药费用上涨过快和药物滥用问题,尤其值得注意的是,我国已经发现了超级细菌。有专家表示,超级耐药细菌的出现让人们

正视这样一个现实——中国已经是世界上抗生素滥用最严重的国家之一。<sup>[15]</sup>韩国的实践证明,实行医药分离制度改革能够有效抑制医药费用上涨过快和药物滥用问题。统计资料显示,韩国的医药分离改革对该国的药品使用特别是抗生素的使用产生了关键的影响(见表1)。尽管医药分离并非控制药品支出的万全之策,但实施医药分离改革应是解决我国当前医药费用过快增长的现实对策之一。

### 4. 充分发挥公众的作用是医药分离改革成功的保障

若想确保某项公共政策成功实施,必须使得各个利益集团特别是社会公众能够参与政策的制定过程。韩国的医药分离改革充分证明了这一点。在韩国的威权政治体制下,尽管公众对医药分离改革的关注度往往比不上他们对政治、民主及整个经济的发展状况的关注度,但是韩国政治环境的变化和政策制定过程的民主化使得市民团体可以参与医药分离改革进程,从而在相当程度上制衡了医学界对医药分离改革的支配性影响,使得政府得以迅速确定了改革日程并制定了药品政策,抑制了医生阶层利用其集团优势阻挠医药分离改革方案的实施。韩国从1998年起就开始进行医药分离的筹备工作,保健福祉部为此召开了有关会议,广泛征求有关医药团体、社会团体和学界代表的意见,以制定医药分离的实行方案。<sup>[8]</sup>这也使改革派市民团体有可能参与医疗政策制定过程并在医疗改革的进程中发挥关键作用。可见,充分发挥公众在医药分离改革中的作用是医药分离改革成功的保障。

与韩国让公众广泛参与医药分离改革进程的做法不同,我国的医疗体制改革没有充分发挥公众的作用。反观我国的医药管理体制改革的进程不难发现,关于医药卫生改革的争论与实践方面的参加者主要是相关的专家、学者以及医疗服务行业人士,而公众在相当程度上被忽视了。在既定受益群体没有真正参与医药分离体制改革进程的情况下,各个利益集团之间并未形成有效的利益制衡与利益分享机制,由政府主导的医药分离改革往往陷入制度性腐败的困境而难以保障公众的利益。因为只要存在医疗卫生政策的垄断性供给,“在非民主监督法制条件下,就永远也无法限制寻租的出现——政府或政府的执行部门一定会用各种手段与政策博弈而找到对自身利益最大化、将公共资源转换成个人利益或部门利益的空隙”<sup>[16]</sup>。针对上述问题,蔡江南<sup>[12]</sup>曾指出,在当前我国的医药管理

体制下,获益方主要包括两个利益集团,一是政府卫生主管部门,一是大型三级公立医院,二者形成了一种互相需要、互相支持的利益链,这对我国的医药分离改革形成了实质上的阻碍,结果导致旨在消除“以药养医”问题的医药分离改革迟迟没有取得实质性的进展。我国一些医药分离改革试点失败的案例证明了上述观点。<sup>[6]</sup>因此,为了确保医药分离改革成功实施,我国政府应当且必须将公众纳入医药分离改革的进程中。

### 5. 以关键人物为引擎是医药分离改革成功的推动因素

韩国的医药分离改革之所以成功,除上述4个因素外,还有很重要的一点是韩国以实施医药分离改革的关键人物作为引擎,即1998—2003年间任韩国总统的金大中。面对医药分离改革这样的政治难题,金大中有充分的准备,能够运用恰当的政治策略去实现改革目标。正是在金大中任总统期间,韩国政府力排各种艰难险阻,积极推动医药分离改革的实施并取得了巨大成功。世界医疗保障发展史也表明,一国的医疗保障变革需要关键人物来推动,如德国的俾斯麦、英国的贝弗里奇、新加坡的吴庆瑞以及现任美国总统奥巴马等,这些医疗保障改革派都曾经或正在对所在国家的医疗保障事业做出巨大的贡献。我国医疗保障改革与完善急需这样的关键人物来推动。

## 五、结语

中韩两国在1990年代末几乎同时启动了旨在解决日益上涨的医药费用问题的医药分离改革计划,韩国的医药分离改革总体上取得了成功,而我国的医药分离改革时至今日仍踟躇不前,个中原因引起我们的深刻反思。尽管韩国的医药分离改革还存在一些问题,但其制度变迁模式选择、妥善解决医疗机构的合理利益诉求问题以及充分发挥公众的作用等措施保证了改革的成功。当前,我国正在掀起包括医药分离改革在内的新一轮医疗体制改革热潮,借鉴包括韩国在内的其他国家医药分离改革的成功经验,有助于我国的医疗体制改革顺

利进行。

## 【参 考 文 献】

- [1] 吴敬琏. 比较(第37辑)[M]. 北京: 中信出版社, 2008.
- [2] 杨玲玲. 韩国社会福利模式的特点、问题及对我国的启示[J]. 中国党政干部论坛, 2009(9): 42.
- [3] 国家信息中心. 韩国: 医改初期, 医保财政濒临破产[J]. 市长决策要参, 2006(11): 23.
- [4] Korea Institute for Health and Social Affairs. Evaluation of the separation of drug prescribing and dispensing[J]. Journal of Political Economy, 2002(5): 53.
- [5] 卢现祥. 新制度经济学[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2003: 177.
- [6] 殷祚桂. 医药“小两口”, 几时能拿“离婚证”[N]. 人民日报, 2007-02-07(5).
- [7] 常红晓. 国资委官员: 既得利益集团是改革最大阻力[EB/OL]. (2010-12-05) [2010-12-30]. <http://finance.ifeng.com/news/special/cxcmzk/20101205/3005228.shtml>.
- [8] 高浩荣. 不能等什么都完善了才实行——韩国如何实行“医药分离”制度[N]. 文汇报, 2000-08-21(7).
- [9] 何乐. 再起步: 医改路途维艰[J]. 中国市场, 2006(11): 22.
- [10] 国务院发展研究中心课题组. 中国医疗体制改革的评价与建议[J]. 经济管理文摘, 2005(16): 41.
- [11] 吕国营. 声誉机制与医生行为选择[D]. 武汉: 中南财经政法大学, 2004.
- [12] 蔡江南. 政府回购民营医院与医改背道而驰[EB/OL]. (2010-11-14) [2010-12-30]. <http://caijiangnanblog.blog.163.com/blog/static/13108496120101014115343734/?fromFinance>.
- [13] 中国商报评论员. 杭州医药回扣事件根源在于制度[N]. 中国商报, 2010-11-30(6).
- [14] [日] 俞炳匡. 医疗改革的经济学[M]. 赵银华, 译. 北京: 中信出版社, 2008.
- [15] 段若兰. 宁夏两名患儿被检测出带有超级细菌[N]. 新京报, 2010-12-02(4).
- [16] 任志强. 制度腐败的延伸[EB/OL]. (2010-11-19) [2010-11-30]. [http://blog.caijing.com.cn/expert\\_article-40-13534.shtml](http://blog.caijing.com.cn/expert_article-40-13534.shtml).